

## Глава 13 ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО

Детские психиатры давно знали, что иногда у детей развиваются доставляющие неприятности и огорчительные ритуалы и руминации, но до недавних пор их обычно считали относительно неспецифическими симптомами широкой группы эмоциональных расстройств. Последние исследования подчеркнули важность разделения эмоциональных расстройств на подгруппы, при этом обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР) оказалось особенно своеобразной подгруппой с точки зрения симптоматики, этиологии, лечения и прогноза.

### Эпидемиология

У существенной части взрослых с ОКР (примерно от одной трети до половины) первые симптомы возникают в возрасте до 15 лет. Эпидемиологические исследования позволяют полагать, что распространенность у подростков составляет примерно 0,5% - 2%. У детей до пубертатного возраста распространенность ниже, но типичное ОКР может встречаться и у детей в возрасте 7 лет и даже младше. Нет сомнения, что ОКР встречается гораздо чаще, чем считалось - отчасти потому, что дети и подростки с ОКР часто скрывают имеющиеся у них симптомы. Начиная с подросткового возраста, лица мужского и женского пола, как правило, поражаются одинаково часто, но при препубертатном ОКР преобладают лица мужского пола.

### Характерные признаки

Обсессии – это нежелательные повторяющиеся или навязчивые мысли. Компульсии – это ненужные повторяющиеся действия (или умственные занятия, такие как счет). Симптомы ОКР у пятилетнего и у 25-летнего на удивление мало различаются. Наиболее распространенные compulsии включают мытье, чистку, повторение, проверку и прикосание. Наиболее распространенные обсессии сосредоточены на загрязнении, бедствиях и симметрии, в некоторых культурах существенное значение имеют религиозные обсессии. У большей части молодых людей с ОКР имеются и обсессии и compulsии; у некоторых – только compulsии; и сравнительно у немногих – только обсессии. При диагностике ОКР у взрослых требуется сопротивление обсессиям и compulsиям, но и МКБ и DSM признают, что у детей и подростков сопротивление присутствует не всегда. Обычно молодые люди прилагают огромные усилия, чтобы скрыть свои симптомы от родителей, сверстников и специалистов, так как они беспокоятся, что другим людям их симптомы покажутся странными или «сумасшедшими», и это единственная причина, почему службы психического здоровья принимают меньше детей и подростков с ОКР, чем следовало бы ожидать, исходя из оценок распространенности в сообществе.

### Сопутствующие признаки

Часто встречаются коморбидные тревожные и депрессивные расстройства, которые могут быть вторичными по отношению к ОКР. Иногда именно тревога или депрессия являются причиной направления к психиатру, и если не задать специфических вопросов, молодой человек может не раскрыть «постыдные» обсессивно-компульсивные симптомы. В ритуалы и необходимость постоянного подтверждения могут быть втянуты родители и сиблинги. Примерно у 10% - преморбидно обсессивная личность. Преморбидные ритуалы отхода ко сну не чрезмерны, и обычно дети с ОКР могут отчетливо отличать у себя обсессивно-компульсивные симптомы от обычных ритуалов и суеверий.

## Дифференциальный диагноз

- (1) **Нормальные ритуалы детства.** Ритуалы отхода ко сну зачастую достигают пика с двух до трех лет, а после восьми лет редко сохраняются в заметной степени. Игры с правилами нарастают с пяти лет. Коллекционирование часто начинается около семи. Подростковые «обсессии» каким-либо занятием или кумиром санкционированы культурой и способствуют объединению сверстников. ОКР немного походит на нормальные ритуалы: у них имеются общие темы, например счет и порядок, а пик приходится на время отхода ко сну. Но ОКР отличается от нормальных ритуалов тем, что ритуалы ОКР не изменяются с возрастом, а симптомы не способствуют, а препятствуют социализации и росту независимости.
- (2) **Первичные депрессивные расстройства** могут приводить к вторичным обсессивно-компульсивным симптомам. Важно тщательно собирать историю болезни, чтобы установить, начались ли депрессивные симптомы первыми.
- (3) **Недифференцированные эмоциональные расстройства.** Дети, как и взрослые, могут представлять относительно недифференцированные эмоциональные расстройства, когда легкие обсессивно-компульсивные симптомы смешаны со страхами, беспокойствами и печалью, так что ни один элемент не преобладает.
- (4) **Расстройства аутистического спектра.** Ритуалистическое и повторяющееся поведение, характерное для расстройств аутистического спектра, сопровождается другими аутистическими нарушениями - общения и социального взаимодействия, оно обычно проще, чем ритуалы ОКР и не является эгодистоническим. Тем не менее важно помнить, что у детей и подростков с расстройствами аутистического спектра действительно иногда дополнительно развивается ОКР, которое может хорошо поддаваться поведенческой терапии или медикаментозному лечению.
- (5) **Шизофрения** может сопровождаться обсессиями и компульсиями. Если «обсессия» на самом деле является голосом, а «компульсия» - ответом на команду, это важно выяснить.
- (6) **Нервная анорексия** имеет обсессивно-компульсивные свойства относительно пищи и тренировок, но они автоматически не являются основанием для дополнительного диагноза ОКР. И напротив, ОКР может включать избегание «загрязненной» пищи или компульсивные тренировки, но это не является основанием коморбидного диагноза нервной анорексии, если у молодого человека реалистичный образ тела. Однако в некоторых случаях ОКР и расстройства приема пищи доподлинно сосуществуют.
- (7) **Синдром Туретта** обычно сопровождается обсессивно-компульсивными признаками, иногда достигающими ОКР (см. главу 14). Возможно, что сложные тики, которым предшествует «позыв» - это другое название компульсий. Поскольку семейные исследования позволяют полагать, что одни и те же гены могут увеличивать предрасположенность и к тикам, и к ОКР, не так удивительно, что феноменология тиков и ОКР также перекрывается.

## Причинность

Расстройство часто возникает постепенно, без какого-либо явного кристаллизатора. И даже когда родители или молодые люди могут установить кристаллизатор, ответ обычно непропорционален первоначальному стрессу. Вероятно, во многих случаях важна конституциональная уязвимость. Несмотря на энтузиазм, который раньше вызывали психодинамические объяснения, современные теории придают основное значение биологическим и поведенческим объяснениям. Неврологические и нейровизионные исследования указывают на структурные или функциональные аномалии базальных ганглиев и связанных с ними областей лобной доли. Кроме того,

все больший интерес вызывает этологическое предположение, что компульсии – это фиксированные образцы действий, относящихся к очищению и грумингу, которые ускользнули от подавления «вышележащими центрами» и начали свою собственную жизнь. Раз начавшись, ритуалы могут сохраняться из-за того, что они приводят к снижению тревоги. Довольно часто встречается положительная семейная история заболевания ОКР. Тикозные расстройства и ОКР могут скапливаться в одних и тех же семьях, и это позволяет предполагать, что данные расстройства иногда могут быть проявлением одного и того же гена или генов, лежащих в их основе (см. главу 14). Могут быть и другие гены, предрасполагающие к ОКР, но не к тикозным расстройствам. Третьи случаи, по-видимому, являются фенотипами: они следуют за стрептококковыми инфекциями, вызывающими иммунную реакцию, которая также повреждает собственные базальные ганглии индивидуума; это заболевание часто называют акронимом - PANDAS (педиатрические аутоиммунные нейропсихические расстройства, ассоциированные со стрептококковыми инфекциями). И хотя PANDAS – относительно новое обозначение, связь между постстрептококковыми заболеваниями и обсессивно-компульсивными симптомами была давно установлена при хоре Сиденгама - неврологическом проявлении ревматической лихорадки.

## Лечение

Учитывая, как широко распространено непонимание ОКР, жизненно важно дать представление об этом расстройстве пораженным молодым людям, а также их родителям, учителям и одноклассникам. Что касается специфической терапии, то, по-видимому, у детей эффективны и терапия поведения, и медикаментозное лечение, хотя на предмет эффективности в большей степени оценено медикаментозное лечение. Управление поведением при компульсиях часто начинается с начального периода ведения дневника. Затем ребенку помогают выстроить иерархию компульсий, расположив их в ряд от простейшей, которую можно попытаться преодолеть, до самой тяжелой (в наибольшей степени вызывающей тревогу). Начав с простейшей, ребенку оказывают поддержку и помощь в том, чтобы избежать выполнения компульсии. Когда все идет хорошо, такое «воздействие в виде предотвращения реакции» приводит к временному всплеску тревоги, за которым следует более длительное снижение компульсивного порыва. С помощью поведенческих подходов труднее преодолеть руминации - обсессии, у которых нет поведенческого сопровождения, впрочем, здесь могут помочь когнитивные подходы. Когда члены семьи втянуты в ритуалы, может быть особенно полезна работа с семьей. Во многих случаях важную роль играет медикаментозное лечение – в качестве дополнения к поведенческим подходам или в качестве альтернативы. Особенно эффективны селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) и кломипрамин; они обычно хорошо переносятся детьми, даже в шестилетнем возрасте. Их прием следует начинать с малых доз и медленно титровать на повышение. Поддерживающее медикаментозное лечение может понадобиться длительное время, особенно если прежде прекращение приема препаратов приводило к рецидивам, несмотря на адекватную поведенческую терапию, направленную на предотвращение рецидивов. Для лечения ОКР, остро начавшегося после стрептококковой инфекции, использовали иммунологические подходы, в т.ч. заменное переливание плазмы; небольшие пробные испытания показали впечатляющие результаты, но прежде чем это может быть рекомендовано в качестве стандартного лечения, необходимы повторные проверки.

## Прогноз

В отличие от некоторых других эмоциональных расстройств в детском и подростковом возрасте ОКР кажется удивительно устойчивым, так что без лечения лишь незначительное меньшинство по прошествии 2-5 лет полностью выздоравливает. Даже при оптимальном лечении, у значительного числа пораженных индивидуумов сохраняется ОКР или, по крайней мере, некоторые причиняющие неприятности симптомы.

## **Обзор по теме**

Rapoport J., Swedo S. (2002) Obsessive-compulsive disorder In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 571-592.

## **Дополнительное чтение**

Thomsen P.H. (1998) Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 7, 1-11.

Swedo S. et al. (1998) Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS): clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, 155, 264-271.